Akademicka Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku
ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, pok. 7 (sekretariat)
tel. 085 74 56 476, 533 385 888
http://policealne.wsmed.pl/ e-mail: policealne@wsmed.pl

P O D A N I E

Proszę o przyjęcie mnie na kwalifikacyjny kurs zawodowy przygotowujący do zdawania egzaminu potwierdzającego następujące kwalifikacje:

- FRK.04. Wykonywanie zbiegów kosmetycznych

DANE KANDYDATA:

1.Nazwisko

2.Imiona

3.Data i miejsce urodzenia

Dzień m-c rok miejsce urodzenia

Województwo

4. PESEL

5. Adres zamieszkania

6. Adres do korespondencji

7. Numer telefonu, adres e-maila.

- telefon

- mail

8. **Do podania załączam (właściwe podkreślić):**
   a) świadectwo ukończenia szkoły średniej
   b) zaświadczenie ……

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym. Administratorem Danych Osobowych jest Akademicka Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku, ul. Krakowska 9,15-875 Białystok, tel.+487456476, e-mail: ado@wsmed.pl; kontakt do Inspektora Ochrony Danych e-mail: iod@wsmed.pl

miejscowość i data podpis

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademicką Policealną Szkołę Medyczną w Białymstoku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celu realizacji naboru, a w przypadku pozytywnego rozpatrzenia podania w celu realizacji toku kształcenia.

miejscowość i data podpis

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przesyłanie przez Akademicką Policealną Szkołę Medyczną w Białymstoku informacji handlowych drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

miejscowość i data podpis

* - niepotrzebne skreślić